Le Numéro : 15 CENTIMES — 18 Mai 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
ris et Départements. . . . . 7 fr.
ranger . . . . . 10 fr.
s abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
EORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

L'ILÉUS PAR CALCUL BILIAIRE, par L. Gallard. 185
R LES FORMES CLINIQUES ET LES VARIÉTÉS BACTÉRIOLOGIQUES DES ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES, par P. Le Damany. 187
ÉDECINE PRATIQUE. Contusions et hématomes de la jambe. Thromboses et embolies. — Un nouveau traitement de l'acné. 188
NALYSES DES TRAVAUX français et étrangers 189
RISPRUDENCE MÉDICALE. Soins médicaux. Créance privilégiée. Famille du failli. — Patente. Médecins. Conditions de paiement de cet impôt, par G. Thomas, docteur en droit. 192
CIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES LXXIII
BLIOGRAPHIE. LXXIV

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 22 mai 1895, à 1 heure. — M. GRAVIÈRE : mparaison de l'allaitement mercenaire à distance et l'allaitement artificiel quant à la valeur théorique et atique du lait et à ses conséquences pour le nourrisson ; M. Potain, Pinard, Chauffard, Netter. — M. MAUZIER : ntribution à l'étude des rapports de la parturition et s affections cardiaques ; MM. Potain, Pinard, Chauffard, tter.

Samedi 25 mai 1895, à 1 heure. — M. MICHEL : Etude r le diagnostic et le traitement de la diphtérie ; MM. boulbène, Dieulafoy, Ballet, Chantemesse. — M. TURn : Du pronostic opératoire des fibromes des parois abominales ; MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ballet, Chantesse. — M. KEATING-HART : Traitement des néphrites bumineuses chroniques par les courants galvaniques et dielectrolyse du chlorure de sodium ; MM. Dieulafoy, boulbène, Ballet, Chantemesse. — M. GILLET : Contrition à l'étude de l'amblyopie toxique (alcool et tabac) ; M. Panas, Le Dentu, Brun, Nelaton. — M. JONNART : e l'épididymite syphilitique tertiaire ; MM. Panas, Le entu, Brun, Nélaton, — M. COULON : Quelques considétions sur le traitement chirurgical palliatif dans les ncers de l'utérus inopérables ; MM. Le Dentu, Panas, run, Nélaton.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 mai 1895. — 2e Oral (Première partie), MM. irmisson, Retterer, Sébileau. — 3e Oral (Première partie) (1re série) : MM. Delbet, Ricard, Varnier. — 3e Oral Première partie) (2e série) : MM. Reclus, Lejars, Tufier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Straus, Brissaud, hauffard. — Sages-femmes (1re et 2e classes) : MM. Bailon, Pinard, Lutz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Segond, Jalaguier, Poirier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Landouzy, Dejerine.

Mardi 21 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) 1re série) : MM. Remy, Quénu, Chantemesse. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Polaillon, Richelot, Marie. — 3e Oral (Première partie) (1re série) : MM. Budin, Campenon, Poirier. — 3e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Panas, Brun, Bar. — 3e (Deuxième partie) (1re série) : MM. Raymond, Charrin, Roger. — 3e (Deuxième partie) (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan, Menetrier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (1re série). — MM. Guyon, Humbert, Schwartz. — 5e (Première partie), Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Pozzi, Nélaton. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Letulle.

Mercredi 22 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) (1re série) : MM. Segond, Remy, Jalaguier. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Marchand, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (Première partie) : Delbet, Tuffier, Varnier. — 5e (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Ricard, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Joffroy, Dejerine.

Vendredi 24 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) (1re série) : MM. Segond, Retterer, Lejars. — 2e Oral (Première partie) 2e série : MM. Kirmisson, Ricard. Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Charité : MM. Delbet, Tuffier, Sebileau. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Straus, Grancher, Brissaud. — 5e (Première partie). Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 25 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) : MM. Remy, Quénu, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Joffroy, Letulle. — 5e (Première partie), Chirurgie Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Pozzi, Richelot, Albarran. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu, 2e série : MM. Polaillon, Campenon, Humbert. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Marie, Roger. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Budin, Schwartz, Bar.

Inscriptions et consignations (4e trimestre).

I. *Inscriptions*. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 26 juin 1895. — Il sera clos le samedi 20 juillet 1895, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscription de première année (doctorat) ; 2e, 3e et 4e années (officiat) : les 26, 27, 28 et 29 juin 1895. — 2° Inscriptions de deuxième année (doctorat), les 5, 6, 10 et 11 juillet 1895. — 3° Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), les 12, 13, 15 au 20 juillet 1895.

II. *Consignations*. — 1° Les élèves-docteurs ajournés, à la session de novembre 1894 et à celle de janvier 1895, au 1er examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé ajournés aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (Officiat), devront consigner les lundi 18 et mardi 11 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 24 au 29 juin.

2° Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les lundi 17, mardi 18 et jeudi 20 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 26 au 29 juin inclus et seront appelés à subir leur examen à partir du 1er juillet.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'Officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront les 17, 18 et 20 juin ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté ;

3° En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'Officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 14 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 7 ou le mardi 8 octobre 1895, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet).

III. *Ostéologie*. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 14 octobre 1895. — MM. les Etudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'Officiat devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau du chef du matériel). — A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, pendant la période des examens (avant les vacances, à partir du 24 juin ; et à la session d'octobre, du 14 au 31 octobre).

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Ce concours s'ouvrira à Paris le 20 mai.

Le JURY est ainsi composé : M. Mathias Duval, président ; MM. E. Perrier (de l'Académie des sciences) ; Farabeuf (de Paris) ; Bouchard (de Bordeaux) ; Morat (de Lyon) ; Granel (de Montpellier) ; Prenant (de Nancy) ; Poirier et Gley, agrégés de Paris ; Laborde (de l'Académie de médecine).

CANDIDATS. — *Physiologie :* MM. Cousin, Sellier, Delzenne, Doyen, Biscous, Lambert, Pachon, Guibbaud, — *Anatomie :* MM. Cannieu, Durand, Siraud, Mouret, Jacques, Moran, Pilliet, Rieffel, Thiéry, Vignié, Ambialet, Soulié, Morestin. — *Histoire naturelle :* MM. Gerber, Beille, Peytoureau, Dewèvre, Galavielle, Vuillemin.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Ont traité les questions suivantes :

11 mai. — M. Aldibert : *Des fractures spontanées ;* M. Frœlich : *Des rétrécissements cicatriciel et cancéreux de l'œsophage,*

13 mai. — M. Chaput : *Luxations anciennes de la hanche ;* M. Bauby : *Tumeurs de la rate.*

14 mai. — M. Binaud : *Plaies des veines ;* M. Adam : *Goitre suffocant.*

15 mai. — M. Braquehaye : *Des luxations pathologiques ;* M. Dor : *Des hernies de la vessie.*

16 mai. — M. Walther : *Infection urinaire ;* M. Lassalle : *Diagnostic et traitement de l'obstruction intestinale.*

17 mai. — M. Legueu : *Salpingite suppurée ;* M. Lagoutte : *Diagnostic et traitement du mal de Pott.*

HOPITAUX

Le jury du concours du Bureau central (médecine) est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Balzer, Cuffer, Fournier, A. Gombault, Grancher, L. Labbé, Rendu.

OCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

lycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Hygiène de la Toilette et Purification de l'Air
EAU ANTISEPTIQUE BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, 22, Boul. Poissonnière, Paris

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

6 mai 1895.

Influence du sang asphyxique et de quelques poisons sur la contractilité des vaisseaux lymphatiques. (Note de MM. **L. Camus** et **E. Gley**, présentée par M. Bouchard). — Nous avons entrepris, sur des chiens, des expériences ayant pour but de savoir si le calibre des vaisseaux lymphatiques, comme celui des vaisseaux sanguins, peut être modifié par des substances toxiques.

Nos expériences concernent, les unes l'action du sang asphyxique sur la citerne de Pecquet et sur le canal thoracique ; les autres, l'action de plusieurs poisons, et plus particulièrement de la pilocarpine et de l'atropine, sur les mêmes conduits.

Quelques instants après le début de l'asphyxie, les vaisseaux lymphatiques et la citerne de Pecquet se contractent comme cela a lieu pour les vaisseaux sanguins.

La pilocarpine provoque également le resserrement des parois du canal thoracique. Or, d'après ce que l'on sait actuellement du mode d'action de la pilocarpine, celle-ci exerce son influence sur les nerfs qui se rendent aux organes dont elle modifie le fonctionnement.

Inversement, l'atropine amène le relâchement des parois du canal thoracique, par excitation des fibres nerveuses dilatatrices de ce conduit, ou par paralysie des fibres constrictives.

Ces phénomènes dépendent réellement de l'action propre des deux alcaloïdes expérimentés sur le canal thoracique, et non des modifications qu'ils produisent, d'autre part, sur la pression intra-artérielle ou sur la pression veineuse ou sur les mouvements de l'œsophage.

La circulation lymphatique, de même que la circulation du sang, peut donc présenter des variations survenant sous des influences toxiques qui provoquent des changements de calibre des vaisseaux.

Le streptocoque scarlatineux. — **M. A. d'Espine** (de Genève). — En 1892, j'ai publié avec M. Marignac l'observation d'un scarlatineux du sang duquel j'avais retiré un streptocoque présentant des caractères particuliers. Depuis j'ai examiné le sang et la gorge d'un certain nombre de scarlatineux et j'ai trouvé ce streptocoque au début de l'éruption et en dehors de toute complication. Je pense donc que l'on peut présumer que ce microbe est la cause même de la scarlatine. Cependant je n'exclus pas la pénétration, par l'amygdale en desquamation, de streptocoques virulents qui causeraient des complications tardives, locales ou générales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 mai 1895.

Sur la tuberculose larvée des trois amygdales. — **M. Cornil.** A propos de la communication de M. Dieulafoy sur la fréquence de la tuberculose larvée des amygdales, je voudrais passer brièvement en revue les résultats que donnent l'examen histologique et l'expérimentation à propos de la tuberculose des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées.

En additionnant les tumeurs adénoïdes dont l'examen histologique a été fait sans le contrôle de l'expérimentation, on trouve, sur environ 70 observations, 4 faits positifs de tuberculose caractérisée par des cellules géantes, sans qu'on ait découvert de bacilles, ce qui fait 1 cas sur 17.

Les simples constatations de l'histologie donnent donc une statistique bien plus rassurante que celle de M. Dieulafoy (1 sur 5), basée uniquement sur l'expérimentation. L'expérimentation peut donner des résultats entachés d'erreurs par suite de la structure même des végétations adénoïdes.

En effet, il peut exister sur les fragments inoculés dans le mucus interposé aux végétations, des bacilles qui donneront après l'inoculation la phtisie aux cobayes sans avoir cependant pénétré dans les tumeurs adénoïdes des enfants.

De plus j'ai sectionné un grand nombre d'amygdales d'enfants hypertrophiées, sans y trouver ni cellules géantes, ni bacilles. Aussi ai-je été très surpris d'entendre dire à M. Dieulafoy qu'il avait obtenu 8 inoculations tuberculeuses positives sur 61 amygdales hypertrophiées, soit dans 1/8 des cas.

Les causes d'erreur sont ici très difficiles à éviter dans la méthode expérimentale, car il est à peu près impossible d'enlever un fragment d'amygdale sans prendre en même temps quelques parties des cryptes amygdaliennes qui renferment des microbes variés, et en grand nombre.

Or, quand on insère sous la peau du cobaye ou du lapin des fragments septiques quelconques non tuberculeux, on peut voir se développer des granulations de pseudo-tuberculose.

De plus M. Dieulafoy n'a pratiqué ni l'examen histologique, ni l'examen bactériologique des tubercules obtenus par l'expérimentation.

Je conclurai donc qu'on ne peut facilement admettre que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants soient dues à un processus tuberculeux. L'hypertrophie amygdalienne compliquée de tuberculose peut exister assurément, mais ne se rencontre qu'exceptionnellement et de préférence chez des enfants de souche tuberculeuse.

M. Dieulafoy. Je ferai simplement remarquer à M. Cornil que là où l'histologie ne décèle pas l'existence du bacille tuberculeux, l'expérimentation peut le mettre en évidence. Je ne me suis placé qu'au point de vue expérimental ; mais, à l'appui de mes résultats expérimentaux, je puis invoquer un grand nombre de cas de tuberculose des amygdales reconnue histologiquement par différents auteurs. Les travaux de Schnickler et de Hauptmann sont à cet égard, très démonstratifs. Le premier a trouvé, chez des phtisiques, il est vrai, 13 fois sur 21, des tubercules dans les amygdales, et le second dans 60 pour 100 des sujets atteints d'adénites cervicales tuberculeuses.

Pour ma part j'ai examiné la question sous une autre face, et j'ai essayé de démontrer que la tuberculose peut avoir une marche descendante, c'est-à-dire partir des amygdales et envahir ensuite les ganglions, le système lymphatique, et finalement le poumon.

M. Cornil. M. Dieulafoy n'a pas répondu à l'objection fondamentale que je lui ai faite ; le tissu amygdalien inoculé était-il réellement tuberculeux, ou contenait-il simplement à sa surface des bacilles de Koch ? En effet, les cryptes de l'amygdale sont remplies de microbes de toute espèce, que l'on inocule avec les fragments amygdaliens. Or, si l'on admet avec M. Straus que les bacilles de la tuberculose existent parfois à la surface des amygdales de personnes saines, on comprend que l'inoculation d'une telle amygdale puisse fournir des résultats positifs.

On ne doit pas en conclure, que l'amygdale est tuberculeuse, mais simplement que le bacille de Koch existait à sa surface. L'examen histologique et bactériologique seuls peuvent prouver la tuberculose amygdalienne.

Je ne nie pas la fréquence de la tuberculose amygdalienne, et j'en ai, pour ma part, rapporté de nombreux exemples, mais je ne puis admettre que l'hypertrophie amygdalienne des jeunes sujets soit une lésion tuberculeuse. On trouve dans ces cas, une hypertrophie très manifeste du tissu adénoïde, une abondance extrême du tissu conjonctif périvasculaire, toutes lésions qui conduisent à une sclérose totale de l'amygdale et ne favorisent guère le développement de la tuberculose.

Il ne faut pas oublier non plus que la tuberculose des ganglions cervicaux n'est pas forcément consécutive à une lésion amygdalienne, et qu'on l'observe à la suite d'altérations des muqueuses du nez, de l'œil, de l'oreille, etc.

Avant de conclure, on doit tenir compte de tous les détails indispensables : structure des tissus inoculés, structure des produits secondaires à l'inoculation, caractère histologique des lésions, présence des bacilles caractéristiques sont autant de points que M. Dieulafoy n'a pas précisés.

M. Dieulafoy. Je n'ai pas cru nécessaire de pratiquer un examen histologique des lésions constatées à l'autopsie des animaux inoculés, tant elles étaient caractéristiques.

D'ailleurs je ne prétends pas que toute hypertrophie amygdalienne soit d'origine tuberculeuse, mais je suis bien convaincu pour ma part qu'il en est ainsi dans un grand nombre de cas.

M. Grancher. MM. Dieulafoy et Cornil ne sont pas en contradiction autant qu'il paraît. Les expériences de M. Dieulafoy me semblent concluantes : l'inoculation de fragments d'amygdale hypertrophiée a déterminé la tuberculisation de cobayes. Si l'on ne peut dire que ces amygdales étaient tuberculeuses, puisque l'examen histologique a fait défaut, ce n'en est pas moins un fait fort intéressant qui vient s'ajouter à ceux de M. Straus relativement à la présence des bacilles de Koch dans les cavités nasales de sujets sains. M. Dieulafoy n'a pas prouvé la nature tuberculeuse de l'hypertrophie amygdalienne, il a signalé la fréquence du bacille tuberculeux au niveau de l'amygdale.

Isolement de l'estomac d'avec le duodénum et l'œsophage. — **M. Frémont.** Isoler l'estomac de toute communication avec l'œsophage et l'intestin, de manière à l'avoir sous la main pour l'étudier, pour recueillir sa sécrétion, tel est le problème que j'ai résolu.

L'œsophage a été réuni au duodénum ; l'estomac, fermé à ses deux extrémités, a été ouvert sur une étendue de 2 millimètres à la peau.

Les chiens mangent et absorbent les aliments les plus divers. Ils ont faim et soif ; la seule modification apparente est qu'ils mangent un peu plus souvent. Lorsque les aliments avalés sont trop volumineux pour franchir l'orifice qui unit l'œsophage au duodénum, ils sont rejetés. Ainsi la faim, la soif, le vomissement ne sont pas liés au fonctionnement de l'estomac puisque cet organe ne peut intervenir chez ces animaux.

L'estomac isolé vit, sent, sécrète. Il absorbe les sels et digère tous les aliments albuminoïdes qu'on introduit dans sa cavité ; il ne modifie pas les féculents. Lorsque l'estomac est laissé vide, il continue à sécréter un suc gastrique très acide, très actif, capable de digérer à l'étuve les mêmes aliments.

A l'état normal, le suc gastrique est limpide, fortement acide, 4 grammes et plus pour 1.000 d'acide chlorhydrique, renferme peu de mucus, est doué d'un grand pouvoir digestif. Sous l'influence de la fatigue, d'un refroidissement, d'une alimentation insuffisante, mais surtout de la fièvre, le suc gastrique sécrété devient rare, épais, gluant, riche en mucus ; il perd son acidité et son pouvoir digestif. La digestion des aliments introduits dans l'estomac isolé se fait sans l'intervention d'aucun microbe. Le suc gastrique sécrété est si pur qu'il ne renferme aucun germe et il se conserve indéfiniment.

M. Fournier lit, à l'occasion d'un travail de M. Régis (de Bordeaux), un rapport sur la **paralysie générale juvénile d'origine hérédo-syphilitique.**

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Brenning, ayant pour titre : **Les empoisonnements par les serpents.**

L'Académie a entendu la lecture du rapport de M. Mégnin sur les titres des candidats à la place de correspondant national (3e division, médecine opératoire), dont voici le classement :

1re ligne : M. Cornevin (de Lyon) ; 2e ligne : M. Laulanié (de Toulouse) ; 3e ligne : M. Neumann (de Toulouse).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 mai 1895.

Association de microbes aérobies et anaérobies : gangrène du foie. — **M. J. Monod.** J'ai observé dans le service de M. Charrin, à la Maternité, une femme qui, atteinte d'éclampsie au moment de son accouchement, présenta bientôt des accidents infectieux qui se terminèrent par la mort au bout de trois semaines. J'ai reconnu la présence dans le foie, et dans des conditions qui écartent toute idée de putréfaction, du streptocoque, du bactérium coli et du vibrion septique. A l'autopsie le foie présentait des foyers de nécrose et de suppuration. Il s'agit donc d'une triple infection à origine probablement multiple ; le vibrion procédait sans doute de l'intestin, de même sans doute le bacille du côlon ; quant au streptocoque, il pouvait provenir soit aussi de l'intestin, soit du dehors. S'il est possible de soutenir que ces trois germes ont été inoculés par l'accoucheur ou ses aides, il est plus conforme aux notions établies de leur assigner, pour une part, une origine intestinale. Enfin cette observation vient confirmer les recherches poursuivies par M. Meyer au laboratoire de M. Charrin, ce qui prouve que le sérum éclamptique aggrave les infections expérimentales à la façon des poisons.

Lésions nerveuses chez la grenouille chauffée après injection de toxine diphtérique. — **MM. Courmont, Doyon et Paviot** (de Lyon). Chez l'homme la toxine diphtérique engendre des lésions nerveuses variées qui sont disséminées aussi bien sur les nerfs que dans les centres.

Chez l'animal, Roux et Yersin ont reproduit expérimentalement les paralysies sans en chercher le déterminisme anatomique. Scherbach prétend que les lésions sont simplement périphériques. Par contre, Enriquez et Hallion ont vu survenir une myélite très nette chez trois chiens. Nous avons également observé des névrites chez le chien et le cheval.

Jusqu'à présent la toxine diphtérique injectée aux animaux à sang froid n'a pas donné de résultat. Nous inspirant de nos recherches antérieures sur le tétanos, nous avons réussi à produire chez la grenouille des paralysies et des atrophies musculaires en maintenant cet animal, après l'injection, dans une chambre-étuve à 38°. Au bout d'un ou deux mois les premiers symptômes se manifestent et la grenouille se paralyse complètement. A la température du laboratoire, la grenouille est réfractaire à la toxine diphtérique. Des grenouilles témoins, mises à l'étuve sans injection préalable, ne présentent non plus aucun phénomène analogue.

On constate chez les grenouilles paralysées des névrites parenchymateuses très intenses, surtout au niveau des racines. Les moelles ont paru complètement saines.

Ce fait constitue le premier exemple de paralysies diphtériques chez un animal à sang froid.

Action du sérum antistreptococcique sur la septicémie puerpérale. — **M. Jacquot** (de Creil). J'ai eu l'occasion d'observer une femme atteinte de septicémie puerpérale, chez laquelle les injections intra-utérines et la quinine étaient restées sans effet ; les accidents persistaient et la température atteignait le soir 40°,8. C'est alors que j'injectai 30 centimètres cubes du sérum antistreptococcique de MM. Roger et Charrin, et dès le même soir, la température, au lieu de s'élever, tomba à 37 degrés. Après trois injections de sérum, la malade semblait guérie ; mais, trois jours plus tard, la mère de l'accouchée contracta un érysipèle de la face, qui fut le point de départ, semble-t-il, d'une nouvelle contamination, car, deux jours après, la malade était reprise d'un grand frisson et la température atteignait de nouveau 40 degrés. Le troisième jour de cette rechute, je fis une nouvelle injection de sérum, et le soir la température redevenait normale ; à partir de ce moment, la malade entrait en convalescence d'une façon définitive.

Cette observation qui démontre l'action favorable que le sérum peut exercer sur la marche de la septicémie puerpérale et notamment sur la température, peut servir en outre à l'histoire des rapports réciproques qui existent entre cette maladie et l'érysipèle.

Sur le cerveau infectieux. — **M. Léopold Lévi.** Au cours de recherches sur l'histologie pathologique du cerveau et qui ont porté sur 51 cerveaux, j'ai trouvé une lésion des gaines lymphatiques dans quatre cas d'infection.

Cette lésion consiste en une prolifération de cellules rondes à noyaux, allant jusqu'à la formation de nodules, dans la paroi externe de la gaine autour des vaisseaux de dernier ordre et des capillaires congestionnés, dans la substance blanche particulièrement.

Cette lésion mérite le nom de périgainite ou de lymphangite. Le cerveau infectieux serait donc caractérisé essentiellement par une lymphangite.

Action excito-sécrétoire de la morphine. — **M. Guinard** (Lyon) (note présentée par **M. Gley**). Les sels de morphine ont une action excito-sécrétoire très marquée sur les appareils sudoripare et salivaire; mais ils n'agissent que par l'intermédiaire des centres. En effet, la section de la corde du tympan fait disparaître la salivation, même après l'administration de doses considérables de morphine. De même, la section du sciatique abolit la sécrétion sudoripare sur la patte de l'animal en expérience.

M. P. Bonnier lit une communication sur les *rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs.*

M. Soulié. *Mécanisme de la migration du testicule.*

M. Debierre. *Procédé pour déterminer la topographie exacte des viscères abdominaux et des replis du péritoine.*

M. Lefèvre. *Thermogenèse chez les animaux refroidis.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 mai 1895.

Cholédochotomie par la voie lombaire. — **M. Tuffier.** En novembre 1893, j'opérai une femme qui présentait au niveau de la région rénale droite une tumeur assez volumineuse que les uns faisaient dépendre du foie et les autres du rein. Pour ma part, pensant à un abaissement du foie et du rein, ce dernier étant dilaté, je fis une incision lombaire pour pratiquer la néphropexie. Au fond de la plaie, j'introduisis mon doigt, je découvris une série de corps durs que je reconnus aussitôt être des calculs biliaires. Je fis alors une incision antérieure et retirai 17 calculs de la vésicule et du canal cystique.

La facilité avec laquelle j'avais senti les calculs biliaires au fond d'une plaie lombaire me fit réfléchir; je me demandais si l'on ne pourrait pas, par une incision postérieure, aborder le canal cholédoque, plus facilement et avec moins de danger que par la laparotomie.

Je commençais alors quelques recherches avec mon interne Claude et, sur 3 cadavres, nous pûmes découvrir le cholédoque par la voie lombaire. Je repris ces expériences, et les résultats que je vous soumets sont basés sur un ensemble de 10 opérations cadavériques.

L'incision doit être celle de la néphrectomie et mesurer 15 centimètres. Au fond de la plaie on trouvera le rein qu'il faudra relever en haut, et l'intestin qui vient faire hernie et gêner l'opérateur. Le point important, pour trouver le cholédoque, est de saisir le duodénum et de l'attirer en haut et en dehors. On passe alors le doigt que l'on recourbe en crochet au-dessus de la tête du pancréas, et on cherche à accrocher : ce que l'on accroche, c'est le cholédoque qui reste à isoler, à dénuder et à inciser.

Cette cholédochotomie lombaire me paraît présenter quelques avantages : elle est moins grave que la cholédochotomie transpéritonéale, car, au cours de cette opération, le péritoine n'est pas ouvert; elle permet une exploration plus facile du cholédoque, elle assure mieux le drainage et rend les fistules biliaires moins dangereuses. Enfin, l'incision postérieure permettra parfois l'extirpation de tumeurs du pancréas et rend une portion du duodénum plus facilement attaquable.

M Poirier. Avec M. Tuffier, j'ai essayé la cholédochotomie postérieure sur le cadavre et je viens de la répéter quatre fois aujourd'hui à mon laboratoire. L'opération ne me paraît pas tout à fait aussi simple ni aussi facile qu'il résulterait de l'exposé enthousiaste de mon collègue; cependant elle n'est pas non plus d'une difficulté insurmontable. Le point sur lequel je me sépare de M. Tuffier a trait à la manière de rechercher le cholédoque. M. Tuffier conseille de chercher à accrocher le canal avec le doigt; pour moi, je préfère le chercher en disséquant. Au fond de la plaie, quand on a attiré le duodénum en dehors, on voit deux ou trois petits ganglions et une artériole pancréatico-duodénale flanquée d'une grosse veine de 3 ou 4 millimètres de diamètre, puis en arrière et en dedans un nuage blanchâtre qui va bientôt se dégager sous forme d'un cordon blanc qui n'est autre que le cholédoque.

Cette opération est possible sur le cadavre; est-elle à conseiller sur le vivant? La réponse reste à trouver, mais il ne faut pas oublier qu'il existe de grosses veines dans cette région. Pour ma part je préfère la voie antérieure et je recommande, pour trouver le cholédoque, une petite manœuvre que j'ai décrite le premier, je crois, et qui consiste à mettre le doigt dans l'hiatus de Winslow et à soulever ainsi en avant le cholédoque avec les vaisseaux qui le longent.

J'ai pratiqué de cette façon et avec succès une cholédochotomie chez une femme dont la vésicule contenait 124 calculs et dont le canal cystique et le cholédoque étaient également bourrés de calculs.

M. Segond. Je demanderai à M. Tuffier un simple renseignement : n'est-il pas à craindre de blesser la veine cave inférieure ?

M Tuffier. En tirant le duodénum en dehors, on éloigne le cholédoque de la veine cave qui peut être évitée. A propos de gros tronc veineux, je ferai remarquer qu'en avant on peut blesser la veine porte.

M. Michaux. Si ingénieuse qu'elle soit, l'opération de M. Tuffier n'est pas pratique, car on ne sait guère si l'on fera une cholédochotomie ou autre chose avant l'ouverture du ventre. Le diagnostic n'est pas fait ou tout au moins n'est pas précis; on commence par une laparotomie exploratrice et l'on se décide ensuite soit à une cholédochotomie, soit à une opération sur la vésicule, soit à rien du tout, suivant les circonstances. Je tiens donc la cholédochotomie par la voie lombaire comme une opération exceptionnelle et secondaire.

Quant à la manœuvre dont parle M. Poirier, c'est celle que M. Quénu et moi avons indiquée.

M. Routier. Je crois que les notions d'anatomie normale nous servent ici à fort peu de chose. Comme l'a bien montré Terrier, les lésions de péricystite et de pericholédochite détruisent tous les rapports. En fait, quand on opère, on trouve du tissu cellulaire dur et sclérosé au milieu duquel on cherche à sentir un calcul, si l'on peut. A mon sens, les notions anatomiques servent à très peu de chose.

M. Schwartz. Je veux simplement m'associer aux réserves de M. Routier. Il y a quelques jours j'ai pratiqué avec M. Michaux une cholédochotomie chez une femme âgée, cachectique, ayant présenté des accès de fièvre intermittente, mais n'ayant d'ailleurs pas eu d'ictère ni de selles décolorées. Le diagnostic n'était pas précis. Je fis une incision latérale et je cherchai le hiatus de Winslow, mais il n'existait plus et était oblitéré par des adhérences. Le cholédoque, l'artère hépatique et la veine porte furent pris ensemble comme un paquet, et portés en avant et les calculs extraits. L'opérée mourut de shock au bout de quarante-huit heures. A l'autopsie, on trouva dans le ventre environ 500 grammes de bile.

M. Poirier. La manœuvre que j'ai décrite, je crois avoir été le premier à la donner et j'y ai consacré dans mon *Anatomie* une assez longue description.

M. Quénu. En faisant ma communication, je voulais insister sur un certain nombre de points. Tout d'abord, la nécessité d'explorer le cholédoque ou mieux de pratiquer une laparotomie exploratrice qui permettra de savoir à quoi nous avons affaire. Je me trouve ainsi amené à rejeter la cholédochotomie lombaire, car l'incision postérieure ne permettrait pas une exploration aussi facile. Ensuite j'ai essayé de donner quelques règles fixant la méthode à suivre au cours de cette exploration. M. Routier a objecté que l'exploration du cholédoque n'est pas chose facile, et que l'on opère au milieu d'un magma cicatriciel. J'ai insisté moi-même sur ce magma cicatriciel, mais je tiens à faire ressortir qu'il existe des cas où les rapports sont peu changés, peu altérés et où les notions anatomiques seront, par suite, utiles à connaître.

Relativement à la portion du cholédoque la plus accessible, M. Michaux divise le cholédoque en deux portions, l'une rétro-duodénale et l'autre sus-duodénale et cette dernière serait la plus facile à opérer. C'est une erreur absolue; au contraire, c'est la portion rétro-duodénale qui est la moins profonde. Quand le foie est très développé et déborde le rebord costal, il n'est pas facile d'inciser le cholédoque au niveau de l'hiatus de Winslow.

Lorsque le calcul est en arrière du duodénum, on peut le sentir avec le doigt et, au besoin si l'on avait quelque doute avec un ganglion, il n'y aurait qu'à inciser.

Faut-il pratiquer la duodénotomie, comme le dit M. Michaux quand le calcul est rétro-duodénal? Ce n'est pas nécessaire le plus souvent, et en incisant un peu de tissu pancréatique, on extraira probablement le calcul dans ces cas.

Parmi les adhérences les plus communes qui rendent l'intervention difficile, il faut noter les adhérences qui se forment au niveau de l'angle côlon et qui font fusionner ce segment intestinal avec le duodénum ou les organes voisins.

Enfin, pour ce qui est de la cholédochotomie en deux temps, on ne doit pas la rejeter d'une façon absolue. La bile est septique souvent, il convient de ne pas l'oublier et l'insuccès de M. Schwartz pourrait bien n'être pas dû au shock, mais simplement à l'épanchement de bile qu'il a constaté dans le péritoine.

M. Michaux. Sauf sur un point, je suis d'accord avec M. Quénu, mais je persiste à croire que la zone vraiment chirurgicale du cholédoque est la portion sus-duodénale.

M. Quénu. Pour bien fixer ma pensée, j'ajoute que le siège du calcul est un élément relativement négligeable. Je dis simplement que la portion rétro-duodénale du cholédoque est la moins profonde et par suite la plus accessible. Les cas, où, par suite de la profondeur du calcul qui était à bout de doigt, on n'a pu rien suturer, appartiennent tous à la région sus-duodénale. On dit de passer le doigt dans l'hiatus de Winslow et d'attirer le cholédoque en avant, mais l'hiatus peut être fermé, oblitéré par des adhérences ou présenter une disposition anormale. Je persiste donc dans mes conclusions.

Résultat éloigné de tarsectomie. — **M. Kirmisson** présente un adolescent de dix-neuf ans auquel Cazin pratiqua en 1883 une tarsectomie complète (ablation du calcanéum et de l'astragale) pour une ostéite tuberculeuse. Le résultat actuel est très bon au point de vue fonctionnel, moins satisfaisant au point de vue anatomique.

Résultat éloigné de greffe de Thiersch. — **M. Monod** présente un malade auquel il a pratiqué une greffe de Thiersch, pour une perte de substance de 18 centimètres sur 10 centimètres, au niveau de la région poplitée. L'opération remonte à un an et le résultat est excellent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 mai 1895.

Du naphtol camphré dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. **M. Netter**, sur deux malades atteints de péritonite tuberculeuse dont le diagnostic a été vérifié et qu'il a traitée à l'aide de l'injection de naphtol camphré, a vu l'un succomber aux suites d'une tuberculose déjà très avancée et très généralisée, et l'autre guérir de sa lésion mieux localisée; mais dans ce second cas, l'épanchement étant peu considérable, la quantité de médicament injectée n'a été que d'un gramme et l'on ne peut, en raison de l'efficacité possible du traitement prescrit antérieurement, porter sans réserve ce résultat à l'actif de l'injection précitée.

Mais ce qui détermine l'auteur à renoncer à l'emploi de cette médication dans les cas de ce genre, c'est la constatation d'accidents péritonitiques mortels, survenus à la suite de l'injection de 5 grammes de naphtol camphré, chez un enfant de sept ans pour lequel le diagnostic de péritonite tuberculeuse avait été formulé à tort.

En raison de la valeur douteuse et des allures inconstantes des signes d'auscultation notés à la poitrine, en raison aussi de la tuméfaction hépatique, M. Netter avait proposé la laparotomie; mais le chirurgien, ayant formulé le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement probablement libre dans le péritoine et l'examen du liquide ascitique centrifugué ayant montré un corpuscule présentant l'aspect d'un bacille tuberculeux, on fit, après une ponction évacuatrice, une injection de 5 grammes de naphtol camphré dans la cavité péritonéale. Au bout d'une heure apparurent des convulsions épileptiformes suivies de vomissements et l'enfant mourut dans la nuit. L'autopsie montra l'existence d'une cirrhose hépatique, avec un peu de sclérose cardiaque et l'existence de ganglions atteints de caséification tuberculeuse; mais la péritonite suraiguë généralisée ne permettait pas de rattacher à cette infection les lésions de la cavité séreuse.

Aussi, tout en reconnaissant que ce cas ne rentre pas dans la catégorie des cas de péritonites tuberculeuses signalées dans les observations antérieures et que le péritoine exempt de fausses membranes peut se comporter tout autrement que le péritoine tapissé d'adhérences, M. Netter estime qu'en raison de la fréquence des cas où le diagnostic peut être erroné ou demeurer douteux, il est préférable de renoncer à la médication précitée et d'éviter ainsi de s'exposer à des accidents semblables.

BIBLIOGRAPHIE

Dr P. Guyenot. — *Etude physique des eaux thermales d'Aix-les-Bains.* (A. Maloine, éditeur. Paris, 1895).

Etudiant la thermalité des eaux d'Aix-les-Bains à l'aide d'appareils enregistreurs de précision, donnant la courbe de refroidissement de l'eau thermale naturelle dans une baignoire et comparant cette courbe à celle obtenue avec la même eau minérale chauffée artificiellement à la température du griffon après refroidissement préalable, l'auteur a remarqué que l'eau thermale naturelle se refroidit beaucoup plus lentement que l'eau artificiellement chauffée.

Etudiant les courants électriques qui se développent au contact du corps humain et des eaux d'Aix, pendant les diverses pratiques hydrothérapiques et sous l'influence du massage, le Dr Guyenot a mesuré mathématiquement l'intensité de ces courants. Des expériences comparatives faites avec de l'eau thermale refroidie et avec de l'eau ordinaire démontrent que celles-ci produisent des courants beaucoup plus faibles et d'une durée plus limitée que l'eau thermale naturelle.

L'origine des propriétés physiques spéciales des eaux minérales, est, d'après l'auteur, l'action chimique se produisant au contact de l'oxygène de l'air. Elles permettraient de se rendre compte des effets thérapeutiques analogues obtenus aux stations de minéralisation différente et d'expliquer la période d'excitation accompagnant toute cure thermale. Cette stimulation de tout l'organisme serait due à des phénomènes d'électrolyse, d'osmose et d'ébranlements moléculaires, augmentant l'activité des réflexes sécrétoires et des vaso-moteurs et assurant ainsi d'une façon plus complète les échanges nutritifs.

Paul Londe. — *Maladies familiales du système nerveux. Hérédo-ataxie cérébelleuse.* 1 vol. in-8°, raisin, de 260 pages (L. Bataille et Cie, éditeurs).

H. Gillet. — *La pratique de la sérothérapie et les traitements nouveaux de la diphtérie.* 1 vol. in-18 jésus de 300 pages, avec 37 figures, cartonné. Prix : 4 fr. (J.-B. Baillière et fils, éditeur).

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC.... COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

CHLOROSE ANÉMIE ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST. LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, RUE SAINTONGE, PARIS, ET PHies

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Séda

des CELLULES NERVEUS

par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'

Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈT**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré

LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE.

POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

Glycérophosphates

PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*

1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Lo JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

PEPTO-GAÏACOL JEANNON

Traitement de la TUBERCULOSE et des AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

Antiseptique énergique, nutritif et reconstituant, sans saveur, n'irrite pas la muqueuse stomacale.

Chaque cuillerée à bouche contient : Viande (peptonisée) 20 gr. ; Gaïacol cristallisé, 20 centigrammes ; Chlorhydrophosphate de chaux, 20 centig. — DOSE : *2 à 5 cuillerées par jour.*

5 fr. LE FLACON : — E. JEANNON, Phen de 1re classe, 24, Avenue Mac-Mahon, Paris.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

LITHIASE RÉNALE ✻ GOUTTE Aiguë et Chronique ✻ COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE

MIDY

INOFFENSIVE, ne se décomposant point dans l'organisme.

Dosée à 0,20 par mesure ; dose selon le cas, 3 à 8 mesures par jour. Chaque mesure dissoute dans un 1/2 verre d'eau, donne une boisson gazeuse agréable à prendre.

La PIPÉRAZINE se combine à l'Acide urique en donnant un *urate soluble* dans 47 fois son poids d'eau : c'est le sel d'Acide urique le plus soluble, car l'Urate de Lithine exige encore 368 parties d'eau pour se dissoudre, c'est-à-dire près de 8 fois davantage.

PRIX DU FLACON : 5 FRANCS.

GROS : PHARMACIE MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, Paris.

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON

ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU

FLACON D'ÉCHANTILLON franco à MM. les médecins qui en font la demande.

Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES

CREOSAL DUBOIS

Envoi franco brochure et échantillons | PARIS, 56, Quai Jemmapes

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES

SUCCINATE DE CRÉOSOTE DUBOIS

Poudre titrée au 1/15e | PARIS, 56, Quai Jemmapes

VIN NOURRY

IODOTANÉ

Exactement titré à. . . . { 0.05 d'Iode..... / 0.10 de Tanin..... } par cuillerée à soupe.

LE MEILLEUR MOYEN D'ADMINISTRER L'IODE

Succédané des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue.

Lymphatisme, Anémie, Aménorrhée, Affections pulmonaires

PARIS, 28, Rue Saint-Claude et toutes les Pharmacies.